Ein Beitrag zur Lehre von spontaner Netztorsion.

STANFORD UNIVERSITY LIBRARY
JUN
1921

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Erna Austerlitz.

München 1917.

Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Ein Beitrag zur Lehre von spontaner Netztorsion.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Erna Austerlitz.

München 1917.

Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent:
Herr Prof. Dr. Klaußner.

Meinen lieben Eltern und Geschwistern.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/einbeitragzurleh0002unse

Einleitung.

Eine der klinisch wichtigsten Komplikationen, die die intraabdominalen Organe betrifft, ist die Torsion. Bei freibeweglichen und langgestielten Tumoren, z. B. den Ovarialgeschwülsten, gehört die Stieldrehung nicht mehr zu den Seltenheiten. Anders beim Netz. So erklärt sich, daß über diesen Gegenstand bisher wenig veröffentlicht wurde. Umso wünschenswerter ist es, jeden neuen Fall zu beschreiben, um endlich eine erschöpfende z. Z. noch fehlende Erkenntnis des Krankheitsbildes zu gewinnen.

Die beiden nachstehend veröffentlichten Fälle wurden von Herrn Oberarzt Dr. Schindler operiert und mir freundlichst zur Mitteilung überlassen. Es erschien mir zweckmäßig, eine tabellarisch-statistische Zusammenstellung von Fällen anzufügen, die bisher literarisch verwertet wurden, um einen rascheren Überblick zu ermöglichen.

A. Zwei neue Fälle von Netztorsion.

I. Fall.

Es handelt sich um einen 43 jährigen Unterhändler J. B., der von einem auswärtigen Arzte mit der Diagnose „eingeklemmte rechtsseitige Skrotalhernie" in das Krankenhaus eingewiesen wurde.

Vorgeschichte: Der Patient gibt an, seine Eltern seien gesund, er selbst außer an Gicht niemals ernstlich erkrankt gewesen. Seit ungefähr seinem 15. Jahr habe er rechterseits einen Bruch. Vor 14 Tagen habe ihn in der Höhe der 4. oder 5. Rippe rechts ein Pferd gedrückt. Darauf hätten sich auf dieser Seite Schmerzen eingestellt, die sich dann auf die linke Seite erstreckten. Später hätten sie sich in die Magengegend verzogen und sich endlich in der Bruchgegend lokalisiert. Dann hätten sie allmählich nachgelassen.

Vor etwa 2 Tagen wären in der rechten Unterleibsgegend bes. an der Bruchstelle starke Schmerzen aufgetreten. Der zuvor stets reponible Bruch hätte sich nicht mehr zurückdrängen lassen. Erbrechen, Brechreiz oder Aufstoßen seien nicht aufgetreten. Da die Schmerzen immer größer geworden seien, habe er nach einem Arzt gesandt, der ihn sofort nach München überwies.

Stuhlgang hätte er seit 4 Tagen nicht mehr gehabt. Blähungen waren vorhanden, beim Urinieren verspüre er ein leichtes Brennen.

Befund: Großer Mann in sehr gutem Ernährungszustande, mit reichlichem Fettpolster. — Puls: regelmäßig, kräftig, etwas beschleunigt. — Temperatur: 36,5. — Abdomen: nicht gespannt, auf Druck schmerzhaft. — In der rechten Leistengegend ein etwa gänseeigroßer, stark druckempfindlicher Tumor, der bis zur Mitte des Scrotums herabreicht und sich nicht reponieren läßt. Die Haut über der Geschwulst ist glänzend, gerötet und gespannt.

Klinische Diagnose: Hernia inguin. inc. dextr.

Operationsbefund: Die sofort vorgenommene Operation ergibt folgendes: Großer Bruchsack, in dem sich ein etwa faustgroßer, blauschwarz verfärbter Tumor befindet, dessen Ende auf ziemliche Ausdehnung hin mit dem Bruchsack verwachsen ist. Der Tumor erweist sich als Netz und ist, soweit man ihn vorziehen kann, völlig gangränös, daher:

Herniolaparotomie: das Netz ist infolge $2^1/_2$ maliger Drehung direkt an der Basis vollständig gangränös. Es muß entfernt werden. — Colon transversum, sowie die übrigen Darmschlingen sind intakt, der Wurmfortsatz pathologisch nicht verändert. — Verschluß der Laparotomiewunde. — Radikaloperation nach Bassini. —

Die Heilung verläuft glatt. 10 Tage nach der Operation werden die Haut-Klammern entfernt. Die Wunden sind gut verheilt. Nach 14 Tagen verläßt der Patient geheilt das Krankenhaus.

II. Fall.

Zu diesem Fall wurde Herr Oberarzt Dr. Schindler nach auswärts gerufen.

Hier handelte es sich um einen 52 jährigen Bauern, der ebenfalls schon einige Jahre an einer Leistenhernie litt. Seit $1^1/_2$ Tagen hatte Pat. angeblich Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen in der r. Unterleibsseite. Die gänseeigroße rechtsseitige Leistenhernie ist ziemlich weich anzufühlen und nicht mehr reponibel.

Diagnose: Hernia ing. inc. dextra.

Operationsbefund: Die sofort vorgenommene Bruchoperation ergab im Bruchsack mit der Spitze adhärentes, dunkelverfärbtes Netz, das sich nicht vorziehen läßt. Keine Darmschlingen. Anschließend

Laparotomie, wobei festgestellt wird, daß das Netz ungefähr um 360° gedreht ist und an einem verhältnismäßig dünnen Stiel hängt. — Verwachsungen sind nirgends vorhanden. Der Wurmfortsatz ist pathologisch nicht verändert. — Abtragung des torquierten Netzstückes. — Verschluß der Laparatomie- und Hermiotomiewunde. — Heilung.

B. Die Pathologie der Torsion des Netzes.

In beiden vorerwähnten Fällen ist als wesentlich festzustellen, daß ebenso wie in 90 Fällen der Blatt 21 ff. gegebenen Statistik die Diagnose falsch — sei es auf Hernia inc., sei es auf Appendicitis — lautete, während in Wahrheit eine Stieldrehung des Netzes vorhanden war. Diese Tatsache zwingt zur Frage: sind die pathologischen Erscheinungen bei der Netztorsion nicht solche, daß die Stellung einer falschen Diagnose vermieden werden kann? —

Betrachten wir zunächst die normalen anatomischen Verhältnisse des Netzes:

Das große Netz gehört zu den großen Bauchfellduplikaturen, die von einem Eingeweide zum andern reichen. Es erstreckt sich im Normalzustande von der gr. Curoatur des Magens

nach abwärts und bedeckt gleich einer Schürze die hinter ihm gelegenen Organe. Es besteht aus 4 Blättern: den beiden äußern, die vom großen Bauchfellsack gebildet werden, und den beiden Zwischenblättern, die dem Netzbeutel angehören, und geht rechts, wo es nach Rauber und Kopsch kürzer sein soll, in das lig. hepatocolicum, links in das lig. gastrolienale über. —

Nach Girardeau und Vignard gibt es 3 Arten der Torsion:

1. Drehung um einen Punkt mit gleichzeitig bestehender Hernie,

2. Drehung um 2 Punkte,

3. Drehung zweier Zipfel umeinander oder Drehung des einen um den anderen.

Einfacher und logischer unterscheidet Payr zwischen intraabdominaler und intraherniärer Torsion. Denn es ist nicht einzusehen, warum die Drehung nicht auch um mehr als 2 Punkte stattfinden könnte. Beispielsweise erwähnt Walter (Fall 15 der Statistik S. 28) einen Fall, bei dem eine Torsion durch Verwachsungen in der tunica vaginalis und eine zweite Torsion durch Verwachsungen dicht über dem Leistenkanal bestand. Zweifellos sind aber in einer Anzahl von Fällen Torsionen auch dicht unterhalb des Colon transversum festgestellt worden (vergl. z. B. Fall Nordmann Nr. 39). Abgesehen davon, teilt Quénu (Nr. 35) einen Fall mit vier Drehungspunkten mit. Unter die dritte Gruppe Girardeaus der komplizierten Drehungen würden derlei Erscheinungen nicht einzureihen sein, weil da nur Zipfeldrehungen gemeint sind.

Bei der Zweiteilung Payrs ist zu beachten, daß bei der intraherniären Torsion die Drehung zugleich auch intraabdominal sein kann. Demnach würden von den in der Statistik angeführten Fällen 70 zur Gruppe der intraabdominalen gehören, 23 zu derjenigen der intraherniären, von denen die Fälle 34 und 73 gleichzeitig intraabdominal sind.

Rudolf unterscheidet bei allen Arten zwischen kompleter und inkompleter Torsion, jenachdem ob die Drehung eine solche von mehr oder weniger von 360° ist. Nach meiner Statistik weist Fall 65 den höchsten Grad von Torquierungen auf, nämlich 12.

Auffällig ist, daß in den weitaus meisten Fällen der Sitz der Erkrankung rechts ist. In 79 der im Anhang zusammengestellten Fälle — drei Autoren geben zu diesem Punkte gar nichts an — handelt es sich um rechtsseitige und bloß in 17 Fällen um linksseitige Erkrankung, während 3 median gelegen waren.

Mit Hernienbildung kombiniert sind nach der Statistik 73 der 95 Fälle; 6 Fälle zeigten app. Veränderungen, Verwachsungen mit Leber und Zwerchfell zeigt Fall 52, mit dem Fimbrienende der rechten Tube Fall 51. In 3 Fällen finden sich Ovarialcysten.

Das Lebensalter scheint auf die Entstehung der Erkrankung keinen Einfluß zu haben. Nur im frühesten Kindesalter sind bisher Torsionen nicht beobachtet worden. Der jüngste Patient war 17 Jahre alt (Fall Nr. 12) der älteste 79 Jahre (Fall 11).

Über die Veränderungen des Netzes selbst sind die Angaben der Autoren im allgemeinen übereinstimmend. Fast überall ist der Operationsbefund: ein an einem Stiele hängender Netztumor. Seine Größe, Gestalt und Aussehen ist verschieden: von der Größe einer Feige (Nr. 27 und 43) bis zu der Größe eines Kindskopfes (Nr. 8, 29 und 44); das Aussehen schwankt zwischen dem einfachsten Rot entzündlicher Erscheinungen bis zum Blauschwarz der Gangrän. (Letzteres in unserem 1. Fall; ebenso bei Nummer 8 und 60; Nr. 46, 48, 80 und 91 zeigten teilweise Gangrän; an der Grenze stand Nr. 4.)

Stielbildung ist überall außer den Fällen 7 und 51, in denen es sich um beginnende Torsion handelte, vorhanden. Die Stärke des Stieles schwankt zwischen der einer Stricknadel (Nr. 27) und 4 cm Dicke (Nr. 28.)

Inwieweit Nachbarorgane mitbeteiligt waren, ist nicht in allen Fällen genügend geprüft worden. Eine diffuse Peritonitis bestand bei Moresco Nr. 29, eine lokale bei Wiener Nr. 11. Das Peritonaeum war verdickt bei Rudolf Nr. 36. Die Dünndärme zeigten bei Eiselsberg Nr. 5 eine starke Injektion, waren collabiert und mit Exsudat bedeckt. Ebenso wiesen bei Malherbe Nr. 42, Champonniere Nr. 23, Moresco Nr. 29 die Dünndärme chronische Entzündung auf. Eine Zyste im Ovarium findet sich bei Tuffier Nr. 24 und 62 und Simon Nr. 55. Die entzündete und gangränöse Appendix ist bei Schönholzer (Nr. 87) mit einem Netzzipfel adhärent, bei Balwin (Nr. 27) war der Wurmfortsatz obliteriert. Bei Fuller (Nr. 80)

war das Fimbrienende der rechten Tube mit dem unteren Netzzipfel verwachsen.

Mehrfach sind Magen- und Darmblutungen nach der Operation beobachtet worden. (Vergl. Macholl Nr. 69, Hadda Nr. 91 und Eiselsberg Nr. 5).

C. Ätiologie.

Die Frage der Ätiologie und des Entstehungsmechanismus einer Netztorsion ist viel umstritten. Riedel unterscheidet zweckmäßig bei den Ursachen zwischen solchen, die von außen einwirken und inneren. Unter die äußeren Ursachen rechnet er: Traumen, körperliche Anstrengungen, z. B. das Heben einer Last, Kegeln, eifriges Tanzen (Kuettner Nr. 50), Taxisversuche, überhaupt Manipulationen, die zur Reposition von Brüchen unternommen werden. Innere Ursachen seien z. B. im Bestehen einer Hernie gegeben. In früheren Veröffentlichungen ist sogar die Behauptung aufgestellt worden, daß es eine Torsion ohne Bruch oder Bruchanlage nicht gäbe. Widerlegt wird diese Auffassung durch die Fälle von Scudder Nr. 60, Noble 51, Riedel Nr. 52 Kothe 79, Fuller 80.

Die Frage der Entstehung der Stielbildung beantwortet Riedel — die Existenz eines Bruches angenommen, (von 95 Fällen der Statistik sind 79 mit Hernienbildung kombiniert) — folgendermaßen: „Gelangt ein Netzzipfel in den Bruchsack, so tritt — normaliter reicht das Netz nicht soweit hinab — natürlich eine Verlängerung des Zipfels ein, und es kommt zu einer Zerrung und Stielbil-

dung, die durch Hustenstöße, Anstrengung usw. noch vergrößert wird. Nun ist es eine bekannte Tatsache, die u. a. von Champonniére an vielen Beobachtungen bestätigt worden ist, daß bei alten Hernien eine Hypertrophie des in demselben liegenden Netzes eintritt. Durch den langen Aufenthalt des Netzes in der Hernie tritt Klumpenbildung und Bindegewebsdegeneration auf. Diese hyperplastische ‚Epiploitis' ist das Produkt alter Entzündungen infolge leichter Einklemmung oder des Druckes schlecht sitzender Bruchbänder. Diese Knollenbildung begünstigt wieder ihrerseits die Stielbildung. Rutscht bei weiter Bruchpforte ein solcher an einem Stiele hängender Knoten in die Bauchhöhle zurück, so sind die Bedingungen für eine Torsion gegeben."

Die Frage der Entstehung einer Torsionsbildung selbst — wiederum Bruchanlage angenommen — beantwortet Bayer dahin, daß das einerseits im Bruchsack adhärente, andererseits im intraabdominalen Stiele hängende Netz durch Hustenstöße sich drehe gleich einem um beide Spitzenenden gedrehtes dreieckiges Tuch.

Hohenegg erläutert den Repositionsvorgang und dessen Einwirkung auf den Entstehungsmechanismus einer Torsion durch ein praktisches Beispiel. Er vergleicht einen Taxisversuch mit dem Durchpressen eines Tuches durch einen Lampenzylinder, wobei infolge der drehenden Bewegung der Hand das Tuch schraubenartige Windungen ausführe. Auf ganz ähnliche Weise bringe der Patient sein Netz zur Achsendrehung. Die Torsionsbildung würde erleichtert, wenn diese

Achsendrehung bei jedem Repositionsversuch stets im gleichen Sinne erfolgt.

Meine Statistik beweist jedenfalls, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Netztorsion und Hernienbildung bestehen muß. Denn in 70 der im Anhang zusammengestellten 95 Fälle waren eine Hernie sowie Verwachsungen mit dem Bruchsack nachzuweisen. Indem sich ferner in allen diesen Fällen ausnahmslos auch Repositionsversuche, Traumen, Druck durch Tragen eines Bruchbandes und ähnliches nachweisen lassen, ist überall der Anreiz zu einer Entzündung gegeben gewesen, deren Folge dann die Verwachsung war.

Schwieriger gestaltet sich die Beantwortung der Frage einer Netztorsionsentstehung, wenn eine Hernienbildung fehlt. Riedel will auch in diesen Fällen die Ursache im Bestehen wenn auch nicht eines fertigen Bruches so doch mit Bruchanlagen, von denen weder der Patient noch der Arzt eine Ahnung hätten, in Zusammenhang bringen. Payr glaubt, daß durch eine Stauung der Venen infolge Knickung oder Biegung des Stieles Torsionsvorgänge erzeugt werden. Er nimmt an, daß die Venen, die stärker geschlängelt und länger sein sollen als die zugehörigen Arterien durch ihre starke passive Füllung zu einer Netztorsion führen können. Diese Behauptung beweist er durch Versuche an Leichenmilzen und Tieren.

Ungekünstelter und daher auch einleuchtender ist die Theorie von Schönholzer. Er nimmt an, es habe eine latent verlaufene Appendicitis zu einer sekundären Entzündung des Netzes geführt, die dann die Ursache der späteren Torsion war.

In Zusammenhang mit dieser Erklärung dürfte wohl das häufigere Auftreten der rechtsseitigen Erkrankung (siehe S. 10) gebracht werden — Schönholzer schreibt: „In dem Bestreben, die Bauchhöhle vor jeder Gefahr zu schützen, wirft sich das Netz blindlings auf den Feind, kommt aber selten mit heiler Haut davon. In seinem Eifer, den infektiösen Herd unschädlich zu machen und ihn allseitig zu umgeben, schafft es den Grund und die Ursache zur eigenen Verdrehung. Im Zustande der akuten Epiploitis kann sich also das Netz bei der Bildung von Adhäsionen selbst torquieren. Entstehen in den verdrehten Netzpartien Zirkulationsstörungen, so bleibt das periphere von der Drehungsstelle gelegene Netzstück in einem Zustand chronischer Entzündung. Durch Hypertrophie entstehen fibröse Umwandlungen und Klumpenbildungen oder Adhäsionen des Netzes mit der Nachbarschaft, wodurch sie die Torsion verschlimmern können — und zwar bis zum akuten Auftreten einer Stauungshyperämie (Netzapoplexie), ja sogar bis zur Netzgangrän."

Bedauerlicherweise haben außer Schönholzer nur wenige Autoren (siehe S. 10) sich über die pathologischen Veränderungen der Appendix sowie der Adnexe ausgesprochen. In Zukunft dürfte hierauf mehr Gewicht zu legen sein.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß stets Verwachsungen des Netzes mit Nachbarorganen — sei es mit dem Bruchsack, der Appendix, den Adnexen oder dem Zwerchfell und Leber — festgestellt wurden. Diese Verwachsungsstel-

len muß man meiner Meinung nach als Drehpunkt auffassen. —

Schönholzer stellt zum Schluß seiner Betrachtungen die Behauptung auf: das relativ selten beobachtete Auftreten einer Netzgangrän durch Torsion hätte darin seinen Grund, daß die meisten Fälle wegen der Schwere des Krankheitsbildes vorher operiert würden. Steiner glaubt einen tieferen Sinn annehmen zu dürfen: infolge seiner Eigenschaften verwüchse das Netz rasch mit seiner Umgebung und würde dadurch mit Blut versorgt.

Ich selbst glaube, daß das wenig differenzierte Netzgewebe, das sehr fettreich und gut durchblutet ist — die Gefäßversorgung wird einesteils durch Zweige von der Arteria gastro-epiploica dextra (Arteria hepatica), andererseits durch Äste der gastro-epiploica sinistra (arteria linealis) besorgt — an sich weniger zur Nekrose und Gangrän neigt als z. B. ein hochdifferenziertes Nerven- oder Herzmuskelgewebe.

Die Beobachtung, daß nach Netzresektionen (siehe S. 12) häufig Magendarmblutungen auftreten, erklärt Wundermann *) („Pathologie des großen Netzes") nicht als direkte Folge der Netzentfernung, sondern er behauptet, sie kämen dadurch zustande, daß bei Insuffizienz der Netzvenenklappen Thromben aus dem Netzstumpf in die Pfortader und von dort aus in die Leber gelangen. Hierdurch entstünden Lebernekrosen mit Bildung toxischer Substanzen, die ihrerseits schädigend auf die Blutgefäße des Magendarmkanals wirkten.

*) Ref. v. Loeb, Mediz. Wochenschr. 1913, S. 2163.

D. Klinische Erscheinungen.

Wenn Smythe und einige andere Autoren behaupten, eine Netztorsion klinisch zu diagnostizieren gehöre nicht mehr zu den Ausnahmen, sondern ein Beobachter einer einmaligen Netztorsion würde im zweiten Falle nie wieder eine Fehldiagnose stellen, so belehrt uns ein Blick auf die Statistik eines Besseren. Auf 95 Beobachtungen kommen 2 richtige klinische Diagnosen, eine von Rudolf 1903 Nr. 45, eine von Lejars 1907 Nr. 70. In dem zweiten Fall von Rudolf Nr. 36 und in Fall 66 (Litthauer) war nur der Verdacht auf Netztorsion ausgesprochen. Diese Schwierigkeit der Diagnosestellung ist bedingt einmal durch die Beschaffenheit und Lage des großen Netzes (siehe S. 8 flg.), andererseits durch die mannigfaltigen klinischen Erscheinungen, die eine Netztorsion hervorruft. Es ist eine Unmöglichkeit, dieses an sich flächenhafte Gebilde hinter den straffen Bauchdecken zu fühlen oder einen von ihm gebildeten Tumor mit Sicherheit als zum Netz gehörig zu erkennen. Demnach bliebe die Diagnosenstellung aus den Krankheitserscheinungen und dem Verlauf. Beim Betrachten der Tabellenrubrik, in der die klinischen Erscheinungen und die Zeitdauer bemerkt sind, fällt zunächst die Ähnlichkeit des Auftretens mit anderen Erkrankungen der Abdominalorgane auf. Einmal sind die Hauptsymptome akute peritonitische Erscheinungen meist mit Temperatursteigerungen, Auftreibung des Leibes, Störungen der Darmfunktion, häufig mit Übelkeit und Erbrechen verbunden. Dann wieder ist eine druckempfindliche Resistenz

oder ein Tumor der befallenen Bauchseite nachweisbar, der — falls der Sitz rechts ist — als Appendizitis angesprochen wird. Oft wiederum gehen Jahre mit unbestimmten Beschwerden voraus, wie Übelkeit, Magenbeschwerden, ziehenden Schmerzen der Mittelbauchgegend, Gefühl der Schwere im Unterleib, die auch eine bestimmte Diagnosestellung nicht zulassen. Die statistische Zusammenstellung ergibt folgende Diagnosen, soweit solche mitgeteilt sind:

45 mal Hernie (mit oder ohne Einklemmung) und zwar ohne: Nr. 26 und 77;

23 mal Appendicitis, Nr. 10, 17, 20, 22, 27, 30, 33, 42, 44, 51, 52, 54, 59, 60, 61, 71, 79, 80, 81, 85, 87, 88, 91;

1 mal Intussusception (Nr. 3);

1 mal Intraabdominaler Abszeß (Nr. 11);

1 mal Beckentumor (Nr. 62);

2 mal Einklemmung des Hodens (Nr. 50 und 67);

4 mal Ovarialkystom (Nr. 31, 77, 93, 95);

1 mal Leberleiden oder Appendicitis (Nr. 54);

1 mal Coecal-Tuberkulose (Nr. 55);

1 mal Sarcoma testis ing. (Nr. 38);

1 mal chronische Peritonitis (Nr. 41);

2 mal Netztorsion (Nr. 45 und 70);

2 mal Verdacht auf Netztorsion (Nr. 36 u. 66);

3 mal Abdominaltumor (Nr. 7, 14 und 24);

1 mal Hydronophrose (Nr. 84).

Vorläufig muß also die Netztorsion zu diagnostizieren lediglich dem Operationsbefunde überlassen bleiben.

E. Therapie und Prognose.

Die Heilung einer Netztorsion kann nur durch einen operativen Eingriff erfolgen. Ob eine Herniotomie oder Laparatomie oder beides kombiniert anzuwenden ist, kommt auf den Einzelfall an. Auch die Größe des abzutragenden Netzstückes muß dem Augenblickbefunde und damit dem Operateur überlassen bleiben.

Die Prognose einer Netztorsion ist eine gute; Exitus erfolgte lediglich in ganz vernachlässigten Fällen oder infolge nicht durch die Operation hervorgerufener Komplikationen, z. B. bei Lejars Nr. 17 durch Delirium tremens, bei Monod Nr. 6, Heitz-Bender Nr. 13 an Pneumonie, bei Macholl Nr. 69 nach 15 Tagen an Lungenembolie, bei Smoller Nr. 73 an Herzverfettung, bei Zeller Nr. 44 und Lapeyr Nr. 58 an diffuser Peritonitis, bei Minich Nr. 8 und bei Tremolieres Nr. 41 durch chronische Peritonitis, bei Eiselberg Nr. 5 und bei Tremolieres Nr. 41 an Magenblutung; bei Moresco Nr. 29 war ein gedrehter Netzteil in der Bauchhöhle zurückgelassen worden, der Peritonitis hervorrief.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Oberarzt Dr. Schindler für die freundliche Überlassung der Bearbeitung der Fälle, sowie Herrn Prof. Klaußner für die gütige Übernahme des Referates meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

In nachstehender Tabelle sind 95 bisher veröffentliche Fälle von Netztorsion — dem Erscheinungsjahr nach geordnet — zusammengestellt. Das ausländische Schrifttum ist, soweit es mir im Kriege möglich war, berücksichtigt worden. Es fehlen lediglich die Fälle von:

1. Göschel 1902.
   Nur in einer Diskussion im ärztl. Verein Nürnberg, Sitzung v. 19. VI. 02 erwähnt.
2. Josef Jules Martinaud 1903.
   Les torsions de l'épiploon Bordeaux 02.
3. Sonnenburg 1904.
   Über intraabdominale Netztorsion, Archiv. intern. de Chir. Bd. I, Heft I.
4. Audier. These Lyn 1904.
5. Makins St. Thomas Hospitals 1905.
6. G. Roche. Revue français de med. de bio. 1905 Nr. 21.
7. Hanley. Buffalo med. journal 1906 Jan.
8. Smythe. 1906 Surg. gynaecol. and obstet. p. 531 Report of a case of torsion of the greater omentum.
9. Mattrais. 1909 Theses de Paris.
10. Cernezzi. Milano Vallardi 1909.
11. Hans Albrecht. Intraabdominale Netztorsion II. 1911.

Tabellarisch-statistische Zusammenstellung von 95 bisher mitgeteilten Fällen.

I. = Jahr
II. = Beobachter
III. = Klinische Diagnose
IV. = Operationsbefund
V. = Heilverlauf
VI. = Klinische Erscheinungen, Zeitdauer der Erkrankung
VII. = Ätiologie
VIII. = Sitz der Erkrankung
IX. = Grad der Torsion
X. = Alter
XI. = Geschlecht
XII. = zitiert nach:

1.

I. 1882
II. Oberst, zur Kasuistik des Bruchschnittes. Zentr.-Bl. f. Chir. 1882 Nr. 27, S. 441.
III. Netzbruch
IV. Netz: Ödematös, stark verfärbt, adhärent an einzelnen Stellen der Bruchsackwand. Über der hypertrophischen Partie eine mehrmalige Torsion.
V. Heilung. Entlastung nach drei Wochen.
VI. Seit zwei Tagen Symptome einer eingeklemmten Hernie.
VII. Leistenbruch seit 12 Jahren, Taxis-Versuche.
VIII. Rechts.
IX. Mehrmals, oberhalb der Bruchpforte.
X. 35 Jahre.
XI. M.
XII. Balduin.

2.

I. 1893.
II. Demons: rev. de. chir. 1893 p. 159.
III. Eingeklemmter Bruch.
IV. Im Bruchsack schwarze Netzmasse unmöglich zum Fortziehen. Lap. am nächsten Tage: ganze untere Netzmasse gangränös. Torsionsstelle dicht unterhalb des col. transv.
V. Nicht angegeben.
VI. Seit 3 Stunden Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. Nicht angegeben.
IX. Zweimal.
X. 36 J.
XI. M.
XII. Original.

3.

I. 1895.
II. Schede: Deutsche Med. Wochenschr. Vereinsbeil. S. 83.
III. Intussusception.
IV. Mehrfach um seine Achse gedrehtes Netz.
V. Heilung.
VI. Schmerzen oberhalb des rechten Poup.-Bandes. Daselbst wurstförmige Geschwulst, kein Bruch.
VII. Bruch.
VIII. Rechts.
IX. Mehrfach.
X. ?
XI. M.
XII. Balduin und Schlee.

4.

I. 1898.
II. Bayer.: Zentr. Bl. f. Chir. 1898, Nr. 17, S. 662—65.
III. Hernia lab. sin.
IV. Großes Stück Netz, (Venen gestaut) hufeisenförmig gebogen, cyanotisch. Proximaler Schenkel intraabd. gedreht. Distal. Ende braunschwarz, nahe der Gangrän. Torsionsspiel auf Fingerdicke gedreht.
V. Glatter Heilverlauf, nach 54 Tagen Entlassung.
VI. Seit 2 Tagen Einklemmungserscheinungen.
VII. Hernia lap. sin.
VIII. Links.
IX. 4—5 mal.
X. 54.
XI. W.
XII. Original.

5.

I. 1898.
II. Eiselsberg. D. Med. Wochenschr. 98. Vereinsbeil. 35, S. 260.

III. Hernia inc. dextr.
IV. Intraabdominale. Netztorsion unterhalb des Querkolons.
V. Exitus 38 Stunden p. op. Sektion: Frische Geschwüre im Magen und Duodenum.
VI. Seit 6 Tagen akute Erscheinungen einer Einklemmung, seit 3 Monaten angeblich magenleidend.
VII. Leistenbruch seit 3 Jahren. Repositionsversuche.
VIII. Rechts.
IX. Zwei Mal.
X. 42.
XI. M.
XII. Balduin und Original.

6.

I. 1898 (25. 12.)
II. Monod: théses de Reynier, Paris.
III. Eingeklemmter Netzbruch.
IV. Fehlt.
V. Bronchopneumonie nach 5 Tagen.
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch seit 6 Jahren.
VIII. Rechts.
IX. ?
X. 40.
XI. M.
XII. Vignard et Girardeau.

7.

I. 1899.
II. Eitel: Med. Rekord 30. Mai, 99, S. 715.
III. Abdominaltumor.
IV. Netztumor mit großer Stauung, der sich leicht aufrollen läßt und wieder normal wird.
V. Heilung.
VI. Seit 7 Jahren Tumor im Leib zu fühlen.
VII. Tragen einer Last.
VIII. Median.
IX. ?

X. 44.
XI. M.
XII. Original.

8.

I. 1902.
II. Minich. Archiv f. Verdauungskrankheiten Bd. VII., S. 449.
III. ?
IV. Im Bruchsack: eingeklemmtes Netz, das abgetragen wird. Eine intraabd. 16 cm lange, zweimal um seine Achse gedrehte aus Netz bestehende Geschwulst, die durch Gangraen und Peritonitis den Tod herbeigeführt hatte, wurde erst bei der Sektion erkannt.
V. Tod. durch Gangraen und Peritonitis.
VI. ?
VII. Eingeklemmter Schenkelbruch.
VIII. ?
IX. 2 mal 360°
X. ?
XI. ?
XII. Boas.

9.

I. 1900.
II. Baracz. D. Zeitschr. f. Chir. 1900. Bd. 54, S. 585.
III. Netzeinklemmung, beginnende Peritonitis.
IV. Im Bruchsack harter 5—6 mal um Achse gedrehter, am Boden des Bruchsacks angewachsener Strang, der mit einem straußeneigroßen gelappten Tumor im Abdomen in Zusammenhang steht.
V. Heilung nach einem Monat.
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch, nach Heben einer Last irreponibel.
VIII. Links.
IX. 5—6 mal.
X. 42.
XI. M.
XII. Original.

10.

I. 1900.
II. Hohenegg. Wiener Klin. Wochenschr. März 1900.
III. Appendicitis.
IV. Stark verändertes Netzstück mit schwerer Zirkulationsstörung unterhalb des Kolon transv. ist der torqu. Stil.
V. Heilung.
VI. Symptome einer Blinddarmentzündung.
VII. Leistenbruch seit Jugend.
VIII. Rechts.
IX. 3 mal.
X. 41.
XI. M.
XII. Balduin, Baracz.

11.

I. 1900.
II. Wiener. Annals of surg. 1900, Bd. 32, S. 648.
III. Intraabd. Absceß.
IV. Stark verändertes Netzstück, das durch einen dünnen Stil in den Rest des Netzes überging.
V. Heilung.
VI. Innerhalb von 4 Wochen 2 maliger Schmerzanfall in der Regio iliaca, begleitet von Übelkeit. Temp. erhöht.
VII. Hernia ing. dext. seit 30 Jahren.
VIII. Rechts.
IX. 4—6 mal.
X. 79.
XI. M.
XII. Original.

12.

I. 1900.
II. Chavanaz. Bull. mem. de la soc. de chir. 1900.
III. Epiplocele.
IV. Im Bruchsack harter cyl. Knoten, sich im Leistenkanal fortsetzend. Netz im Bruchsack. Rest des Netzes daumendick, bildete eine Schleife.
V. ?

VI. Scrotal-Tumor irrep. seit einigen Tagen.
VII. Hydrocele.
VIII. Rechts.
IX. 2 mal.
X. 17.
XI. M.
XII. Original.

13.

I. 1900.
II. Heitz und Bender. Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris seance 73, Nov. 1900.
III. Eingeklemmter Leistenbruch.
IV. Im Bruchsack großes Netzstück. Als das Netz herausgezogen wurde, zeigten sich 2 entzündete, gedrehte Massen in einer blutig serösen Flüssigkeit. Peritonitis.
V. Heilung: einige Wochen später Tod durch Bronchopneumonie.
VI. Seit 2 Tagen Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch, seit einigen Jahren irrep.
VIII. Links.
IX. $2^1/_2$ mal.
X. 50.
XI. m.
XII. Original.

14.

I. 1900.
II. Peck. Medical Rekord 1900.
III. Intraabdominaler Netztumor.
IV. Fast das ganze Netz um seine Achse gedreht. Unter dem Kolon transv. der torquierte Stiel.
V. Heilung.
VI. Plötzliche Erkrankung. Fieber, Leibschmerzen, Erbrechen, undeutlicher Tumor in der rechten Unterbauchgegend.
VII. Leistenbruch.
VIII. Rechts.
IX. 1 mal.
X. 37.
XI. W.
XII. Wiener.

15.

I. 1900.
II. Walther. Bull. et mem. de la soc. chir. de Paris Séance IX. Mai 1900.
III. Eingeklemmter Bruch oder Epiglottis?
IV. Im Bruchsack 6 mal gedrehtes Netz. Torsion zwischen zwei Verwachsungen. 1. in der Tunica vag. 2. über den Leistenkanal.
V. Heilung.
VI. Einklemmungserscheinungen seit 2 Stunden.
VII. Congen. Leistenhernie.
VIII. Rechts.
IX. Nach einer Radfahrübung.
X. Jüngling.
XI. M.
XII. Original.

16.

I. 1900.
II. Lucas Championniére et Mauban. Bull. et mem. de la soc. Anat. de Paris März 1900, S. 241.
III. Eingeklemmter Leistenbruch.
IV. Im Bruchsack überall adhärentes Netz unter dem Colon normales Netz.
V. ?
VI. Seit 8 Tagen Einklemmungserscheinungen.
VII. Seit 20 Jahren Leistenbruch.
VIII. Rechts.
IX. 1 mal.
X. 50—55.
XI. W.
XII. Original.

17.

I. 1900.
II. Lejars. Bull. et mem. de la soc. de chir. Séance Mai 1900, S. 525.
III. Appendicitis.
IV. Netzstück an einem Stiel, der unterhalb des Colons gedreht ist.
V. 3 Tage Wohlbefinden, dann Tod durch Delirium tremens.

VI. Zeichen einer Appendicitis.
VII. Leistenbruch.
VIII. Rechts.
IX. 3—4 mal.
X. 44 Jahr.
XI. M.
XII. Original.

18.

I. 1900.
II. Potherat. Bull et mem. de la soc. de chir. S. 525.
III. Netzhernie, Reduktion en masse.
IV. Seitliche Laparotomie: im Bruchsack schwarzes Netz, das am col. durch ein am Stiel befindliches Stück hängt.
V. Heilung.
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenhernie.
VIII. Links.
IX. 1 mal.
X. jeune.
XI. M.
XII. Original.

19.

I. 1900.
II. Verdelet et Rocher. Journ. de med. de Bordeaux 1900.
III. ?
IV. Im Bruchsack eingerollte Netzmasse mit einem Stiel nach dem Leistenkanal ziehend.
V. ?
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch seit 4 Jahren. Bruchband Taxisversuche.
VIII. Rechts.
IX. 1 mal.
X. 56.
XI. M.
XII. Corner und Pinches.

20.

I. 1901.
II. Ölwein. Wiener Klin. Rundschau 1901 S. 184.
III. Verdacht auf Appendicitis.
IV. Im Bruchsack unteres Netzende Netz 4 mal um seine Achse gedreht.
V. Heilung.
VI. Symptome einer Blinddarmentzündung.
VII. Seit 30 Jahren Bruch.
VIII. Rechts.
IX. 4 mal.
X. 56.
XI. M.
XII. Schlee.

21.

I. 1901.
II. Souligoux und Dechampes Bull. et mem, de la soc. Anat. de Paris, Mai 1900, S. 129.
III. Eingekl. Bauchhernie in Laparatomienarbe.
IV. Netz, in dem ein kleineres Stück im Bruchsack lang, hing mit 5 cm langem dünnen Stiel, mit großen, schwarzen Netzklumpen zusammen.
V. ?
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Bauchbruch vor 8 Jahren wegen Salpingitis operiert.
VIII. Median.
XI. $2^1/_2$ mal.
X. 35 J.
XI. W.
XII. Original.

22.

I. 1901.
II. Wiesinger. Münchn. Med. Wochenschr. 1901, S. 480.
III. Perityphlitis.
IV. Fest verwachsenes Netz, das im Begriff stand, zu nekrotisieren. Das Netz setzt sich in die Bauchhöhle fort; Intraabd. in der Ileo-Coecal-Gegend ein völlig abgeschnürtes Netzstück.

V. Heilung.
VI. Vor 14 Tagen Erscheinungen einer Perityphlitis.
VII. Scrotalbruch.
VIII. Rechts.
IX. Völlig abgeschnürt.
X. 41.
XI. M.
XII. Original.

23.

I. 1901.
II. Lucas Championniere, (cf. Lejars).
III. Eingekl. Netzhernie.
IV. Im Bruchsack Netzstück, das sich in einem Tumor ins Abdomen fortsetzt. Adhärenzen.
V. Heilung.
VI. Einklemmungserscheinungen seit 3 Tagen.
VII. Leistenbruch seit dem 18. Jahr.
VIII. Links.
IX. 1 mal.
X. 45.
XI. M.
XII. Original.

24.

I. 1901.
II. Tuffier. Bull. et mem. de la soc. de chir. 1906 S. 301.
III. Netztumor.
IV. Laparatomie: Netztorsion mit 3 „Cystes hydatiques."
V. Heilung.
VI. Vor einem Monat plötzlich Auftritt eines Abdominaltumors, zwei Faust groß, median gelegen.
VII. Sturz von der Treppe.
VIII. Median.
IX. 4 mal.
X. 23 J.
XI. W.
XII. Original.

25.

I. 1901.
II. Wiart und Renon. Bull. et mem. de la soc. anat. 1901 Nr. 2.
III. Anormale eingekl. Hernie.
IV. Im Bruchsack gerötetes Netz. Bei Verlängerung des Schnittes Fötus, großer Netztumor an einem Stiel. Appendix adhärent am Stiel.
V. Heilung. Entlassung nach 25 Tagen.
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Bruch seit 13 Jahren. Bruchband. Sturz von einer Leiter.
VIII. Rechts.
IX. 2 mal.
X. 53.
XI. W.
XII. Original.

26.

I. 1902.
II. Baldwin. Annals of surg. S. 940.
III. Netzbruch.
IV. Im Bruchsack Testikel und kleines Netzstück, das am Ende adhärent war. Beim Fortziehen Netzknäuel am schmalen Stiel.
V. Heilung.
VI. Mehrfache Abszeßbildung in der Bruchgegend.
VII. Leistenbruch seit einem Jahr.
VIII. Rechts.
IX. 1 mal.
X. 29 J.
XI. M.
XII. Original.

27.

I. 1902.
II. Baldwin. cf. 26.
III. Appendicitis.
IV. Pararektalschnitt: eine Masse, die mit der Umgebung stark verwachsen ist, wird fühlbar: Netztumor, feigengroß. Appendix obliteriert. Stiel stricknadeldick.

V. Heilung.
VI. Vor 4 Tagen Blinddarmreizung.
VII. Ev. appendicit. Verwachsungen?
VIII. Rechts.
IX. 8 mal.
X. 47.
XI. M.
XII. Original.

28.

I. 1902.
II. Heinlein. Münch. med. Wochenschr. 1902, S. 1485.
III. Eingekl. Leistenhernienrezidiv oder frisch eingekl. Schenkelbruch?
IV. 8 cm lange, 4 cm breite platte, im rechten Schenkelbruchhalse befindliche blauschwarze torqu. Netzgeschwulst.
V. Heilung.
VI. Seit 36 Std. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch vor 2 Jahren operiert. Schenkelbruch?
VIII. Rechts.
IX. 2 mal.
X. 30.
XI. W.
XII. Original.

29.

I. 1902.
II. Moresco, Gaz. des hôp. et de la clin. de Milan Juni 1902.
III. Inc. Leistenbruch.
IV. In der Bauchhöhle ov. Tumor von Kindskopfgröße, torqu. Netz. Peritonäum trägt Spuren einer fibrinös puerulenten Peritonitis.
V. Tod infolge Teilresektion inf. Restes 1 Tag nach der Bruchoperation.
VI. Seit 3 Tagen iliusartige Symptome. Bruch irr.
VII. Leistenbruch.
VIII. Rechts.
IX. 3 mal.

X. 35.
XI. M.
XII. Schönholzer, S. 772.

30.

I. 1902.
II. Riedel. Verhandl. der D. Ges. für Chir. Bd. II und Med. Wochenschr. 1905.
III. Appendicitis.
IV. Großer Netzklumpen der stark hyperämisch war. Nahe am col. transv. ein 2 mm langer torqu. Stiel.
V. Heilung nach $1^1/_2$ Monat, entlassen.
VI. Akute app. Erscheinungen seit 5 Tagen.
VII. Leistenbruch.
VIII. Rechts.
IX. $1^1/_2$ mal.
X. 31 Jahr.
IX. W.
XII. Original.

31.

I. 1902.
II. Payr. Arch. f. kl. Chir. 1902, S. 501.
III. Cystoma ovarii dextr.
IV. Stielgedrehte Ovarialzyste mit sekundärer Torsion des adhärent. Netzes.
V. Entlassung nach 18 Tagen.
VI. Seit 1 Jahr Leibschmerzen, Anschwellung des Bauches, besonders rechts Spannung, bisweilen heftige Schmerzen und Brechneigung.
VII. Stielgedrehtes Ovarialkystom.
VIII. Rechts.
IX. 2 mal 360°.
X. 49.
XI. W.
XII. Original.

32.

I. 1903.
II. Vignard und Girardeau. Arch. prov. de chir. 1903.

III. Eingekl. Leistenbruch.
IV. Im Bruchsack ein um 3 Touren gedrehtes Netz am dicken Stiel.
V. Heilung.
VI. Seit zwei Tagen Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. Rechts.
IX. 3 mal.
X. 28.
XI. M.
XII. Original.

33.

I. 1903.
II. Vignard und Girardeau.
III. Appendicitis mit Netzverwachsung.
IV. Ein an einem Stiel hängenden Netzklumpen der am Darm adhärent ist. Appendix frei von Adhäsionen. Enthält 3 Steine.
V. Heilung, Entlassung nach 22 Tagen.
VI. 4—5 mal jährlich Leibschmerzen. Jetzt akute appendicit. Reizerscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. Rechts.
IX. 3 mal.
X. 31 J.
XI. M.
XII. Original.

34.

I. 1903.
II. Blake. An. of surg. 1903 Bd. 38, S. 99.
III. Hernie inc.
IV. Netz gangränös reicht bis in die Hernie, ist dort festgewachsen.
V. Heilung.
VI. Incarcerationserscheinungen.
VII. Hernie.
VIII. Rechts.
IX. $4^1/_2$ mal.
X. ?
XI. ?
XII. Balduin Original.

35.

I. 1903.
II. Quénu, bull. et M. de la soc. de chir. 1903. S. 520.
III. Irr. Netzbruch.
IV. Erstens: Netzklumpen hämorrhagisch im Sack. Zweitens: innerhalb der Bauchwand eine ähnliche wenig geschnürte. Drittens: dicht über dem Bruch eine ebenfalls alterierte Portion, und viertens: Stiel, darunter gesundes Netz.
V. Heilung, nach einem Monat Entlassung.
VI. Incarcerationserscheinungen.
VII. Hernie, Taxisversuche.
VIII. Links.
IX. Zweimal.
X. 51.
XI. W.
XII. Original.

36.

I. 1903.
II. Rudolf, Wiener klinische Rundschau 1903 Nr. 44—47.
III. Verdacht auf Netztorsion.
IV. Faustgroßes, dunkles adhärentes Netz mit erweiterten Gefässen. Adhäsionen am Dünn- und Dickdarm.
V. Heilung.
VI. Schmerzen in der Geschwulstgegend, Temperatur 39. 3 kein Erbrechen.
VII. Leistenbruch, der nach schwerer Arbeit irr. wird.
VIII. Rechts.
IX. 360°.
X. 53.
XI. W.
XII. Schlee.

37.

I. 1903.
II. Rudolf.
III. Linksseitiger inc. Leistenbruch.

IV. Im Bruchsack walnußgroßer leicht adhärenter, fibrös veränderter Netzklumpen, oberhalb desselben bleistiftdicker Stiel mit thromb. Geff.
V. Heilung.
VI. Incar. Erscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. Links.
IX. $1^1/_2$.
X. 42.
XI. W.
XII. Schlee.

38.

I. 1903.
II. Rudolf und Schnitzler.
III. Sarcoma testis ing.
IV. Im Bruchsack um 360° gedrehtes Netz, das Bindegewebewucherung und Stauung zeigt.
V. Heilung.
VI. An der rechten Leistenbeuge breit bewegliche Geschwulst. Vergrößerung des rechten angeborenen Leistenhodens der schmerzhaft wird, (seit 8 Tagen nach Husten eine irr. Geschwulst).
VII. Leistenhoden.
VIII. Rechts.
IX. 360°.
X. 36.
XI. M.
XII. Schlee und Schlichtig.

39.

I. 1903.
II. Nordmann, d. med. Wochenschrift 1903, S. 499.
III. Inc. Netzbruch oder Perityphlitis?
IV. Im Bruchsack hyperämisch infiltriertes Netz, Bruchsack erstreckt sich weit zwischen den Bauchdecken, dort Ausbuchtung mit Netz gefüllt, an einigen Stellen adhärent. Spaltung der Bauchflächen bis zur inneren Bruchpforte: mehrfach torquierter Stiel.
V. Heilung nach 4 Wochen.

VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch seit 2 Jahren.
VIII. R.
IX. Mehrfach.
X. 48 Jahre.
XI. W.
XII. Original.

40.

I. 1903.
II. Nordmann.
III. R. Leistenbruch inl.
IV. Im Bruchsack Netz, das zum größten Teil mit anliegenden Darmschlingen verklebt ist. Lap. unterhalb des Colon, Torsionsstelle.
V. Heilung nach 25 Tagen.
VI. Vor 5 Tagen akute Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch seit Kindheit.
VIII. R.
IX. 2 mal 360 Grad.
X. 31 J.
XI. M.
XII. Original.

41.

I. 1903.
II. Tremolieres, bull. et mem. de la Soc. ant. de Paris 1903, S. 693.
III. Chron. Peritonitis.
IV. Gesamtes Netz in kleinfingerdicken Strang verwandelt, der in einem rechtsseitigen Inguinalbruchsack fixiert ist. Hoden, Pankreas, Pylorus eingenommen von einem Karzinom.
V. Tod.
VI. Auftreibung des Leibes, leichter Ascites.
VII. Rechtss. Leistenbruch.
VIII. R.
IX. Nicht angegeben.
X. 50.
XI. M.
XII. Original.

42.

I. 1903.
II. Malherbe, arch. prov. de chir. 1903.
III. Appendicitis.
IV. Netztumor mit Stiel.
V. ?
VI. Akute app. Erscheinungen.
VII. Bruch.
VIII. Rechts.
IX. 3 Spiralen.
X. 28.
XI. M.
XII. Original.

43.

I. 1903.
II. Capelle, cf. Girardeau.
III. Eingeklemmter Bruch.
IV. Im Bruchsack Netzfragment, im Grunde adhärent. Lap. Mittelstück zusammengerollt. Feigengroß.
V. 14 Tage nach Operation Entlassung.
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. L.
IX. ?
X. 50.
XI. M.
XII. Original.

44.

I. 1903.
II. Zeller, Beilage z. Deutschen med. Wochenschrift 1903, S. 82.
III. Appendicitis perforativa.
IV. Brandiges kindskopfgroßes Netzstück um doppelten Stiel gedreht.
V. Heilung nach 4 Wochen.
VI. Akute appendic. Erscheinungen.
VII. Kegel.
VIII. R.

IX. 360 Grad.
X. ?
XI. M.
XII. Original.

45.

I. 1903.
II. Rudolf.
III. Intrab. Netztorsion mit irr. Netzhernie.
IV. Im Bruchsack hühnereigroßes dunkelverfärbtes adhärentes Netz im Abdomen halbfaustgroßer Netzklumpen dicht unterhalb des Colon transtorquiert.
V. Heilung.
VI. Seit 2 Tagen Leibschmerzen bes. rechts, kein Erbrechen.
VII. Leistenbruch vor 2 Jahren rad. operiert. Seit 1 Jahr Leistenbruch links.
VIII. R.
IX. 360°.
X. 52.
XI. W.
XII. Schlee.

46.

I. 1904.
II. Kroner, D. med. Wochenschrift 1904. Vereinsbeilage S. 1625.
III. Eingeklemmter Leistenbruch.
IV. Im Bruchsack hämorr. Netz. Am Bruchsack adhärent. Am inneren Leistenring keine Einklemmung in der Bauchhöhle nekrotisches Netz. Am Colon trans mehrfach torquiert.
V. ?
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. R.
IX. Mehrfach.
X. 31.
XI. M.
XII. Balduin.

47.

I. 1904.
II. Mauclaire, Revue de gynécologie et de chir. abdominale.
III. ?
IV. Im Bruchsack gedrehtes Netz nicht adhärent.
V. ?
VI. ?
VII. Leistenbruch.
VIII. Rechts.
IX. $1^1/_2$ mal.
X. ?
XI. M.
XII. Original.

48.

I. 1904.
II. Schlichting, Dissertation.
III. Linkss. Leistenbruch mit Netzinhalt.
IV. Im Bruchsack bräunliches Netz nicht vorzuziehen, Verlängerung des Schnittes, Netz dunkelblau mehrfach gedr.
V. Heilung.
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. L.
IX. 4 mal.
X. 25.
XI. M.
XII. Original.

49.

I. 1904.
II. Trinkler, d. Zeitschr. f. Chirurgie 1904, S. 268.
III. Hernie, verwachsen in dem Leistenring oder chron. inc.
IV. Am inneren Leistenringe mit der vorderen Wand nicht vorzuziehendes Netz. Lap. große Geschwulst, dunkelblau in drei querfingerlangem und querfingerbreitem Stiel übergehend.
V. Heilung, nach 3 Wochen Entlassung.
VI. Einklemmungserscheinungen.

VII. Hernie Scroto-ing
VIII. Rechts.
IX. 3 mal.
X. ?
XI. M.
XII. Original.

50.

I. 1904.
II. Küttner, Zentralblatt für Chirurgie 1905, S. 1369.
III. Einklemmung des linken Hodens.
IV. Sehr schweres Netz.
V. Heilung.
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch, Tanzen.
VIII. Links.
IX. 5 mal.
X. 30 Jahr.
XI. M.
XII. Pretsch.

51.

I. 1904.
II. Noble, Amerc. Journal of obstetr. März 1904, S. 364.
III. Appendicitis.
IV. Dunkle Netzmasse verwachsen mit r. Fimbrie d. Tube.
V. Heilung.
VI. Seit 2 Jahren Magenbeschwerden.
VII. Gonorrhoe, Salpingitis.
VIII. rechts.
IX. 1 mal.
X. 24 Jahre.
XI. M.
XII. Original.

52.

I. 1905.
II. Riedel.
III. Appendicitis.
IV. Netztumor 4 cm breit an langem dünnen Stiel.

V. Heilung, nach 19 Tagen entlassen.
VI. Rasche Entwicklung eines großen Tumors in der linken Leistengegend.
VII. Leistenbruch seit 15 Jahren.
VIII. R.
IX. 3 mal.
X. 37.
XI. M.
XII. Original.

53.

I. 1905.
II. Simon M. Med. Wochenschr. 1905, Nr. 41, S. 1979.
III. App. abgesackter Abzeß.
IV. In der Coecalgegend blauschwarzer an der rechten Beckenwand adhärenter Netztumor, der sich leicht ablösen läßt. Stiel in der Mitte des Colon Trans. gedreht. App. adhär.
V. Heilung nach 3 Wochen.
VI. Ap. Reizerscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. R.
IX. 360°.
X. 62 J.
XI. M.
XII. Original.

54.

I. 1905.
II. Riedel.
III. Leberleiden oder Appendicitis.
IV. Bleistiftdicker Strang im oberen Wundwinkel der sich nach oben von der Leber fortsetzt in einen handgroßen Netzklumpen: Adhärent zwischen vorderer Leberfläche und Zwerchfell.
V. Heilung.
VI. Seit 3 Wochen Leibschmerzen rechts oben in der Lebergegend.
VII. Verwachsungen zwischen Zwerchfell und Leber.
VIII. R.
IX. Mehrfach.

X. 38.
XI. W.
XII. Original.

55.

I. 1905.
II. Simon.
III. Coecal-tbc.
IV. Faustgroßer blauroter Netzklumpen der sich leicht von Beckenwand, Darm und verlängertem Leberlappen ablösen läßt. Nach unten im Zusammenhang mit apfelgroßer Ovarial-Zyste.
V. Heilung.
VI. Chron. peritonitische Reizerscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. L.
IX. 360°.
X. 40.
XI. W.
XII. Original.

56.

I. 1905.
II. Pinches und Corner, trans. of the clin. soc. of London vol. 39, p. 79.
III. Rechtss. Leistenbruch.
IV. Netz mit 3 Einschnürungen. Oberste Drehung ist oberhalb des inneren Leistenringes.
V. ?
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. Rechts.
IX. 3 mal.
X. 46.
XI. W.
XII. Original.

57.

I. 1905.
II. Pinches und Corner.
III. Linkss. Leistenbruch.
IV. Hämorr. Zyste im gestielten Netz. Entzündung, Verklebung.

V. ?
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. Links.
IX. ?
X. 25.
XI. W.
XII. Original.

58.

I. 1905.
II. Lapeyre, Arch. Prov. de chir. 1907, Nr. 5.
III. Eingeklemmter Netzbruch.
IV. Im Bruchsack schwarzaussehendes adhärentes Netz, 3 malige Drehung in der Nähe des Colon.
V. Heilung.
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch seit 6 Jahren. Heben einer schweren Last.
VIII. R.
IX. 3 mal.
X. 40.
XI. M.
XII. Original.

59.

I. 1905.
II. Dapeyre.
III. Appendicitis.
IV. Rotschwarzes, mit zahlreichen Tumoren an einigen Stellen knochenhartes Netz, das im Bruchsack rechts verwachsen ist. Peritonitis diffusa.
V. 54 Stunden nach der Operation Tod durch Peritonitis.
VI. Appendicitische Symptome.
VII. Leistenbruch seit 20 Jahren, Heben einer Last.
VIII. R.
IX. 3—4 Mal.
X. 44.
XI. M.
XII. Original.

60.

I. 1905.
II. Scudder, ann. of surg. 1904.
III. Verdacht auf eitrige Appendicitis.
IV. Netz dunkelrot total gedreht. Apendic. adhärent entzündet.
V. Heilung. 19 Tage nach Entlassung.
VI. Appendicitische Symptome. Tumor rechts.
VII ?
VIII. R.
IX. 1—3 Mal.
X. 25.
XI. M.
XII. Original.

61.

I. 1905.
II. Steward, ann. of. surg. 1905, S. 625, Bd. 42 b.
III. Appendicitis subacuta.
IV. $1^1/_2$ Pfund schwere Netzmasse in beginnender Gangrän mit Adhäsionen.
V. Heilung.
VI. Appendicitische Reizerscheinungen.
VII. Leistenbruch seit 15 Jahren.
VIII. R.
IX. 3 mal.
X. 34.
XI. M.
XII. Original.

62.

I. 1905.
II. Tuffier, soc. de Chirurg. 1906.
III. Beckentumor.
IV. Im Netz liegen übereinander drei Echinokokken, darüber Netz mehrfach gedreht, Zyste im ovar.
V. Heilung.
VI. Nach Sturz von der Treppe entsteht rasch ein Tumor im Becken, zwei Faust groß nach allen Seiten beweglich.
VII. Sturz von der Treppe, Ovarial-Zyste.
VIII. Median.

IX. Mehrfach.
X. 23 Jahr.
XI. W.
XII. Schlee.

63.

I. 1905.
II. Riedel, Münchner Med. Wochenschrift 1905. S. 2257.
III. ?
IV. Hühnereigroßer dunkelblauroter, an der Innenfläche des Bruchsackes adhärenter Netzklumpen.
V. Heilung.
VI. Bruchbeschwerden.
VII. Leistenbruch seit 28 Jahren.
VIII. R.
IX. 360°.
X. 36 J.
XI. W.
XII. Original.

64.

I. 1905.
II. Riedel.
III. Eingeklemmter linkss. Schenkelbruch.
IV. Im Bruchsack bleistiftdicker mehrfach um seine Achse gedrehtes Netz, das im Bruchsack adhärent ist.
V. Heilung. Entlassung nach 5 Wochen.
VI. Einklemmungsbeschwerden.
VII. Schenkelbruch seit 12 Jahren.
VIII. L.
IX. 360°.
X. 48.
XI. W.
XII. Original.

65.

I. 1906.
II. Guinard-Schmidt, Bull. et mem. de la soc. de chir. Nr. 9, S. 283.

III. Eingeklemmter Bruch.
IV. Im Bruchsack, Netzmasse an bleistiftdickem Stiel ins Abdomen sich fortsetzend: Lap.: 3 Netzmassen völlig adhärent am Peritonaeum kurz vor der Ruptur.
V. Heilung. Entlassung nach 26 Tagen.
VI. Seit 1 Tag Einklemmungsbeschwerden.
VII. Leistenbruch seit 1 Monat.
VIII. R.
IX. 12 mal.
X. 25.
XI. M.
XII. Original.

66.

I. 1906.
II. Litthauer, Berl. klin. Wochenschrift Nr. 15.
III. Perityphlitis; Verdacht auf Netztorsion.
IV. Einmal unterhalb des Colon gedrehter Netztumor.
V. Heilung.
VI. Appendicitische Reizerscheinungen; in d. r. Unterleibsseite Tumor fühlbar.
VII. Hernie.
VIII. R.
IX. 1 mal.
X. 30 Jahre.
XI. M.
XII. Original.

67.

I. 1906.
II. Pretsch, Beiträge zur klinischen Chirurgie 1906.
III. Einklemmung des linken Hodens.
IV. Großer blauroter Netztumor.
V. Heilung.
VI. Großer Tumor der linken Seite, stark schmerzhaft.
VII. Hernie; tanzen.
VIII. L.
IX. 2 mal 360°.

X. 30.
XI. M.
XII. Original.

68.

I. 1907.
II. Adler, Archiv f. klin. Chirurgie Bd. 83, Heft 1.
III. Irr. r. Leistenhernie.
IV. Im Bruchsack hämorrhagisch infarc. Netz. Lap: bis ans Colon reichender Netztumor, gedreht.
V. Heilung.
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. R.
IX. 360°.
X. 39.
XI. M.
XII. Original.

69.

I. 1907.
II. Macholl. Allg. med. Zeitung 1907.
III. Netzeinklemmung.
IV. In der Bruchpforte bläulich verfärbtes Netz. Lap. 6 fache Netztorsion.
V. Tod durch Lungenembolie am dritten Tage. Sekt.-Bef. Ulkus-Duodeni.
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. R.
IX. 5 mal.
X. 45 Jahre.
XI. M.
XII. Original.

70.

I. 1907.
II. Lejars, La sem. Med. 1907, Nr. 7.
III. Netztorsion.
IV. Am Bruchsack adhärentes Netzstück nahe am Colon trans. am Stiel hängend. Appendic. adhärent.
V. Heilung, Entlassung nach 21 Tagen.

VI. Rechts. Tumor im Abdomen und Bruchsack fühlbar, seit 11 Tagen.
VII. Leistenbruch.
VIII. R.
IX. 3 mal.
X. 37.
XI. M.
XII. Original.

71.

I. 1907.
II. Riedel.
III. Perityphlitis.
IV. Eine gegen die Bauchhöhle abgekapselte Höhle wird eröffnet, in der das gedrehte Netz liegt, umgeben von blutig bräunlichem Eiter.
V. Heilung.
VI. Seit 5 Tagen app. Erscheinungen.
VII. Leistenbruchanlage, Heben einer Last.
VIII. R.
IX. 180°.
X. 61.
XI. M.
XII. Orig., Diss. Breslau 1907.

72.

I. 1907.
II. Vercbely Oroosi Hetilap Nr. 34, Wiener Presse S. 1561, Münchener med. Wochenschr. S. 1966.
III. Hernie int.
IV. Intrabd. Torsion des unveränderten nichtangewachsenen Netzes.
V. Heilung. Nach 21 Tagen Entlassung .
VI. Ileuserscheinungen.
VII. Leistenbruch. Plötzliche Anstrengung, Kegeln.
VIII. R.
IX. 5 mal 360 Grad.
X. 35.
XI. M.
XII. Wiener Presse.

73.

I. 1907.
II. Smoller, Wiener klin. Wochenschr.
III. Leistenbruch.
IV. Netztumor, mehrfach gedreht.
V. Tod nach 3 Tagen infolge Herzinsuffizienz.
VI. ?
VII. Leistenbruch.
VIII. R.
IX. 360.
X. 37.
XI. M.
XII. Balduin.

74.

I. 1907.
II. Tietze, D. Chirurg. Kongreß 1907.
III. Eingeklemmter Leistenbruch.
IV. Im Bruchsack um 180 Grad gedrehtes Netz, das oberhalb der Bruchpforte normal wird.
V. ?
VI. Seit 24 Stunden Einklemmungserscheinungen.
VII. Bruch.
VIII. R.
IX. 180°.
X. ?
XI. M.
XII. Original.

75.

I. 1907.
II. Tietze.
III. Eingeklemmter Leistenbruch.
IV. 1. Ein Netzstrang geht aus der Bauchhöhle heraus deutlich gedreht. Adhärent an der Bruchsackwand.
2. Zwischen Scrotum und Bruchsack hühnereigroßes derbes Gebilde. Netz-Konglomerat.
V. ?
VI. Seit 4 Wochen wächst ein bisher kirschkerngroßes Gebilde in der Leistengegend und wird hart.

VII. Leistenbruch seit 20 Jahren.
VIII. R.
IX. 2 mal.
X. ?
XI. M.
XII. Original.

76.

I. 1908.
II. Corner und Grant. Britisch med. Journal Nr. 2497.
III. ?
IV. Im Bruchsack adhärentes Netz nicht vorzuziehen. Gedrehtes Netz in der Bauchhöhle.
V. ?
VI. Seit 36 Stunden Einklemmungserscheinungen.
VII. Seit 7 Jahren Leistenbruch. Bruchband.
VIII. L.
IX. 1 mal.
X. 54 Jahre.
XI. M.
XII. Original.

77.

I. 1908.
II. Gmeiner, Wiener klin. Wochenschr.
III. Stieldrehung einer linkss. Ovarialcyste.
IV. Totale Torsion des fettreichen Netzes.
V. Heilung.
VI. Torsionserscheinungen.
VII. Unfall, Ausgleiten vor 2 Monaten.
VIII. L.
IX. ?
X. 55 Jahre.
IX. W.
XII. Original.

78.

I. 1908.
II. Kothe, D. med. Wochenschr. S. 738.
III. Hernie.

IV. Um seinen Stiel gedrehter Netzklumpen der beim Aufrollen normal wird.
V. Heilung.
VI. Leichte Brucherscheinungen.
VII. Leistenhoden und Bruch.
VIII. R.
IX. Mehrmals.
X. ?
XI. M.
XII. Original.

79.

I. 1908.
II. Kothe.
III. Appendicitis simplex.
IV. Handtellergroßes blauschwarzes Netzstück am dünnen Stiel, Verwachsungen des Coec. mit dem Peritoneum und Appendic.
V. Nachblutung 3 Tage nach der Operation, Heilung.
VI. Appendicitische Erscheinungen.
VII. ?
VIII. R.
IX. 360 Grad.
X. 26 Jahre.
XI. M.
XII. Original.

89.

I. 1909.
II. Fuller.
III. Appendicitis.
IV. Netz mehrfach gedreht mit dem unteren Ende am Fimbrienende der rechten Tube fest verwachsen.
V. Heilung nach 15 Tagen.
VI. Seit mehreren Jahren Kolikanfälle. Letzter Anfall, Eindruck einer Appendicitis.
VII. Verwachsung mit der Tube.
VIII. R.
IX. Mehrfach.
X. 26.
XI. Balduin und Schlee.

81.

I. 1909.
II. Grant.
III. Verdacht auf Appendicitis.
IV. Handgroße, höckrige Netzmasse auf einem Stiel gedreht mit Blinddarm verwachsen. Ein abgeschnürter Teil gangränös.
V. Heilung.
VI. Appendicit. Anfall.
VII. Leistenbruch.
VIII. R.
IX. ?
X. 28 Jahre.
XI. M.
XII. Schlee.

82.

I. 1909.
II. Spießhernie.
III. Eingeklemmter Bruch, beginnende Peritonitis.
IV. Im Bruchsack angewachsenes Netz. Frische Verwachsungen mit der Bauchwand und Darm, Netztumor.
V. Heilung, nach zwei Wochen.
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. L.
IX. 4 mal.
X. 55.
XI. M.
XII. Schlee.

83.

I. 1909.
II. Brünning, Deutsche med. Wochenschr., S. 533 1909.
III. Eingeklemmter Bruch.
IV. Im Bruchsack blauroter Netzklumpen, im Abdomen daumendick zusammengedrehter Netzstiel der an der rechten Hälfte des Colon inseriert.
V. Entlassung nach 23 Tagen.
VI. Einklemmungserscheinungen.

VII. Leistenbruch.
VIII. R.
IX. 3—360°.
X. 32.
XI. W.
XII. Original.

84.

I. 1909.
II. Seefisch, D. med. Wochenschr. 1909, S. 15—19.
III. Hydronophrose, Verdacht auf Netztumor.
IV. Verklebter Netztumor, der vom Quercolon ausgeht. Mehrmals gedreht.
V. Heilung, nach $4^1/_2$ Wochen Entlassung.
VI. Längere Zeit Schmerzen im Rücken, plötzlich starke Schmerzen im ganzen Abdomen, Auftreibung des Leibes, Anurie, Tumor rechts, faustgroß zu fühlen.
VII. Rechts.
VIII. Mehrere Male.
IX. 41 Jahre.
X. W.
XI. Original.

85.

I. 1909.
II. Seefisch.
III. Perityphl. Abszeß.
IV. Großer Netztumor, der mehrfach gedreht war.
V. Heilung nach 4 Wochen.
VI. Seit 8 Tagen app. Erscheinungen.
VII. Schenkelbruch.
VIII. R.
IX. Mehrfach.
X. 41.
IX. W.
XII. Original.

86.

I. 1909.
II. Finsterer, 81. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte Sept. 1909.
III. Eingeklemmter Netzbruch.

IV. Im Bruchsack blauschwarzes an der Spitze adhärentes Netz im Abdomen großer Netztumor.
V. Heilung. Entlassen nach 2 Wochen.
VI. Seit 36 Stunden Einklemmungserscheinungen.
VII. Labiale Hernie.
VIII. R.
IX. 3 mal 360°.
X. 55.
XI. W.
XII. Original.

87.

I. 1909.
II. Schönholzer, 39. Jahrgang, Schweizer Korresp.-Bl. Nr. 22.
III. Appendicitis acuta.
IV. Sekundäre Netztorsion infolge Adhäsionen eines Netzzipfel an einer entzündeten und gangränösen gedrehten Appendix.
V. Heilung.
VI. Appendicitis acuta.
VII. Hernie.
VIII. R.
IX. 360.
X. Jüngling.
XI. M.
XII. Original.

88.

I. 1909.
II. Schönholzer.
III. Appendicitis acuta.
IV. Spontane intraabdominale Netztorsion, Netz hängt am Colon trans. an daumendickem Stiel. Verwachsungen der Intestina.
V. Heilung. Entlassung nach 15 Tagen.
VI. Appendicitische Erscheinungen.
VII. Primäre Epiglottis.
VIII. R.
IX. 4 mal 360°.
X. 20.
IX. W.
XII. Original.

89.

I. 1910.
II. Balduin, Diss. Prag 1911.
III. Stieltorsion eines Ovarialtumors.
IV. Halbfaustgroßer Tumor nekrotisch an bleistiftdickem Stiel: Netz.
V. Heilung. Entlassung nach 21 Tagen.
VI. Seit 5 Tagen Symptome einer Stieldrehung.
VII. ?
VIII. R.
IX. ?
X. 19 Jahre.
IX. W.
XII. Original.

90.

I. 1910.
II. Steiner, D. Med. Wochenschr. S. 1322.
III. Eingeklemmter Netzbruch.
IV. Hernio-Laparotomie: Auf dem Netz keulenförmige Knollen, Netzansatz am Colon, Torsion. Kleinfingerdickes Band.
V. Heilung, nach 16 Tagen Entlassung.
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Bruch vor 16 Jahren operiert.
VIII. R.
IX. 2 mal 360^0.
X. 52.
IX. W.
XII. Original.

91.

I. 1910.
II. Hadda, Archiv f. klin. Chirurgie Bd. 92, Heft III.
III. Appendicitischer Abszeß.
IV. Im Bruchsack und Leistenkanal schwarzblau verfärbtes Netz, Colon trans. bis in die Höhe des Coecum herabgezogen.
V. Heilung.
VI. Vor 4 Tagen app. Reizerscheinungen.
VII. Leistenbruch.

VIII. R.
IX. 2 mal 360°.
X. 27.
XI. M.
XII. Original.

92.

I. 1910.
II. Hadda.
III. Linksseitiger Leistenbruch.
IV. Im Bruchsack stark verwachsenes Netz, im Abdomen gangränöses Netz, das erst bei einer 2. Operation nach 11 Tg. erkannt wird.
V. Entlassung nach 25 Tagen. Heilung.
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Bruch.
VIII. L.
IX. Ausstoßung eines Netzstückes.
X. 39.
IX. W.
XII. Original.

93.

I. 1911.
II. Hedley, Brit. Med. Journal 11. Nov. 1911.
III. Ovarial-Cyste mit gedrehtem Stiel.
IV. Am Uterus und Colon adhärenter Netztumor an kleinfingerdickem Stiel.
V. Heilung.
VI. Seit 3 Tagen Symptome einer Stieldrehung.
VII. Bruch seit 6 Jahren; Sturz auf dem Steinflur.
VIII. R.
IX. 3 mal.
X. 36.
IX. W.
XII. Original.

94.

I. 1911.
II. Schönwert, von Brunssche Beiträge zur. klin. Chirurgie, Band 70, Heft I.
III. Entzündete Netzhernie.

IV. An dem Bruchsack adhärentes torquiertes Netz im Adomen.
V. Heilung.
VI. Einklemmungserscheinungen.
VII. Leistenbruch. Irr. nach Ausgleiten beim Billardspielen. Bruchband. Taxisversuche.
VIII. R.
IX. 5 mal.
X. 57.
XI. M.
XII. Original.

95.

I. 1912.
II. Schlee, Diss. 1912. München.
III. Stielgedrehter Ovarial-Tumor. Ileus.
IV. Querkolon, kollabiert, nach abwärts gezogen in der Mitte abgeknickt durch dünnen Strang, der in zweimal faustgroßen Tumor übergeht: Netz.
V. Heilung.
VI. Seit einem Monat, Stieldrehungserscheinungen.
VII. Leistenbruch.
VIII. R.
IX. 180° und 54o°.
X. 38.
XI. W.
XII. Original.

Literaturverzeichnis.

1. Demons, Revue de chir. 1893, p. 159.
2. Bayer, Zentralblatt für Chir. 1898, Nr. 17, S. 662 bis 665.
3. Eiselsberg, D. med. Wochenschrift 1898, Vereinsbeilage 35, S. 620.
4. Eitel, Med. Rekord, 30. Mai 1899, S. 715.
5. Baracz, Deutsche Zeitschrift für Chir. 1900, Bd. 54, S. 585.
6. Wiener, Annals of surg. 1900, Bd. 32, S. 648.
7. Chavanaz, Bull. et mem. de la soc. de chir. 1900 Seance IX, S. 525.
8. Heitz und Bender, Bull et mem. de la soc. anat. de Paris, seance 73, Nov. 1900.
9. Walther, cf. Chavanaz.
10. Lucas Championniere et Mauban, Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris, März 1900, S. 241.
11. Lejars, cf. Chavanaz.
12. Potherat, cf. Chavanaz.
13. Souligoux et Deschampes, Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris, Mai 1900, S. 129.
14. Wiesinger, Münchener Med. Wochenschrift, 1901, S. 480.
15. Lucas Championniere, cf. Lejars.
16. Tuffier, Bull. et mem. de la soc. de chir. 1906, S. 301.
17. Wiart et Renon, Bull. et mem. de la soc. anat. 1901, Nr. 2.
18. Baldwin, Annals of surg. 1902, S. 940.
19. Heinlein, Münchner med. Wochenschrift, 1902, S. 1485.
20. Riedel, Verhandlung der deutschen Gesellschaft für Chir. Bd. 2, und med. Wochenschrift 1905.
21. Payr, Archiv für klin. Chir. 1902, S. 501.
22. Vignard et Girardeau, arch. prov. de chir. 1903.

23. Quénu, Bull. et mem. de la soc. de chir. 1903, S. 520.
24. Nordmann, Deutsche med. Wochenschrift 1903, S. 499.
25. Tremolieres, Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris 1903, S. 693.
26. Malherbe, arch. prov. de chirg. 1903.
27. Capelle, cf. Girardeau.
28. Zeller, Beilage zur deutschen med. Wochenschrift 1903, S. 82.
29. Mauclaire, Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale 1904.
30. Schlichtung, Inaug,-Diss. 1904.
31. Trinkler, D. Zeitschrift f. chir. 1904, S. 268.
32. Blanke, Ann. of. surg. 1903, Bd. 38, S. 99.
33. Noble, Amer. Journ. of obstetr. März 1904, S. 364.
34. Simon, Münchner med. Wochenschrift, 1905, Nr. 41, S. 1979.
35. Pinches and Corner, trans. of the clin. soc. of London vol. 39 p. 79.
36. Lapeyre, arch. prov. de chir. 1907, Nr. 5.
37. Scudder, annals, of surg. 1904.
38. Steward, annals of surg. 1905, S. 625, Bd. 42b.
39. Riedel, Münchner med. Wochenschrift 1905, S. 2257.
40. Guinard und Schmidt, Bull. et mem. de la soc. de chirg. Nr. 9, S. 283.
41. Pretsch, Beiträge zur klin. Chir. 1906.
42. Adler, Arch. f. klin. Chir. Bd. 83, Heft 1.
43. Macholl, Allg. med. Zeitung 1907.
44. Lejars, la sem. med. 1907, Nr. 7.
45. Riedel, Dissertation 1907.
46. Tietze, Deutsch. chirg. Kongreß 1907.
47. Corner und Grand, brit. med. Journal Nr. 2497.
48. Gmeiner, Wiener kl. Wochenschrift 1908.
49. Kothe, Deutsche med. Wochenschrift 1908, S. 738.
50. Brünning, Deutsche med. Wochenschrift Nr. 533, 1909.
51. Seefisch, Deutsche med. Wochenschrift 1909, S. 1519.

52. Finsterer, 81. Vers. deutsch. Naturforscher und Ärzte, Sep. 1909.
53. Schönholzer, Schweizer Korrespondenzblatt, 39. Jahrgang, Nr. 22.
54. Balduin, Diss. Prag 1911.
55. Steiner, Deutsche med. Wochenschrift 1910, S. 1322.
56. Hadda, Arch. f. klin. Chir. Bd. 92, Heft III.
57. Schlee, Diss. 1912, München.
58. Rauber — Kopsch, Bd. IV.

Inhalt.

Einleitung: S. 5.
A. Zwei neue Fälle von Torsion des Netzes. S. 5.
B. Die Pathologie der Torsion des Netzes. S. 8.
Normalzustand S. 8, Einteilung der Torsion S. 9 und 10, Sitz der Erkrankung S. 7, Alter und Geschlecht S. 10, Veränderung des Netzes S. 11, Stielbildung S. 11, Beteiligung der Nachbarorgane im allgemeinen S. 11, Magenblutungen insbesondere S. 12.
C. Ätiologie. S. 12.
Ätiologie der Stielbildung S. 12, der Torsion S. 13, der Torsion ohne Hernienbildung, S. 14, der Netzgangrän S. 15, der Magenblutungen S. 16.
D. Klinische Erscheinungen. S. 17.
Diagnosenstellung und ihre Schwierigkeit 17 flg.
E. Therapie und Prognose. S. 19.
Therapie S. 19, Prognose S. 19.
Anhang. S. 21.
Literaturverzeichnis. S. 60.

Lebenslauf.

Ich, Erna Austerlitz, wurde geboren am 30. Dezember 1889, als Tochter des Kaufmann Salo Austerlitz und seiner Ehefrau Selma, geborene Fränkel. Nach dem Besuche der Volksschule und der höheren Mädchenschule in Oberglogau absolvierte ich die beiden letzten Klassen der höheren Mädchenschule in Leipzig sowie daselbst die Realgymnasialkurse des Allgemeinen Deutschen Frauenvereins. Ostern 1910 erwarb ich am städtischen Realgymnasium Petrischule zu Leipzig das Zeugnis der Reife. Von Ostern 1910 bis Ostern 1915 lag ich dem Medizinstudium ob an den Universitäten Heidelberg, Leipzig, Berlin und München. Das Physikum bestand ich im Herbst 1912 in Berlin, die ärztliche Prüfung in München am 10. Juli 1915. Am 19. Juli 1915 wurde mir die Approbation als Ärztin erteilt. Seit 5. August 1915 bin ich am Krankenhause des III. Ordens, Nymphenburg, als Assistenzärztin tätig.